



Wortels en stokken

Auteur(s):

Okma, K.G.H.

De auteur is werkzaam als senior beleidsadviseur bij het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Associate Professor, School of Public Policy Studies, Queen's University, Kingston (Ontario), Canada.

Verschenen in:

ESB, 86e jaargang, nr. 4314, pagina D26, 14 juni 2001

Rubriek:

Dossier: Zorgvuldig vernieuw en

Trefwoord(en):

zorg

Diverse landen hebben initiatieven genomen om het medisch handelen te onderzoeken op effectiviteit en doelmatigheid. Richtlijnen en protocollen zijn voor artsen een middel om te toetsen, maar voor verzekeraars, beleidsmakers en anderen een financieel instrument. Het hangt er maar net van af wie ze in handen heeft.

Een wortel werkt beter dan een stok. Dat is zo'n beetje de eerste les uit de psychologie. Je vangt meer vliegen met stroop dan met azijn. Gedragsveranderingen komen, althans bij ezels en vliegen, eerder tot stand door toepassen van positieve dan door negatieve prikkels. Is er reden om te veronderstellen dat zo iets bij mensen - en in het bijzonder mensen in de gezondheidszorg - anders ligt? Uit onderzoek blijkt dat personeelsverloop en ziekteverzuim lager is naarmate mensen zich prettiger voelen in het werk. Dat prettig voelen hangt vooral samen met de sociale omgeving, met zelfstandigheid in het uitvoeren van het werk en met een zekere waardering van de omgeving. Die prikkels werken sterker dan de financiële prikkel van het loon, of maatregelen om ziekteverzuim te bestrijden. Die conclusies wijzen erop dat de economische wetenschap er goed aan doet leentjebuurt te spelen bij de belendende wetenschapsterreinen psychologie en bestuurskunde.

De afgelopen twee decennia gaven een snelle groei te zien van het geheel van activiteiten aangeduid met de term *medical technology assessment*, een poging om tot rationeler medisch handelen en een rationelere gezondheidszorg te komen op grond van wetenschappelijke inzichten¹. Eén van de impliciete (en optimistische) veronderstellingen van deze tak van wetenschap is dat alle betrokkenen graag zullen meewerken aan het invoeren van de nieuwe inzichten. De tweede veronderstelling is dat rationeel gedrag van individuen de rationaliteit van het gehele systeem ten goede zal komen. Beide veronderstellingen vergen een kritische toetsing.

Kosten-effectiviteit in de VS

De afgelopen dertig jaar ontstond steeds meer aandacht voor kosten en kosten-effectiviteit in de gezondheidszorg². Dat begon met het ontdekken van het verschijnsel regionale variaties in behandelpatronen³. De Amerikaanse Health Care Finance Administration (HCFA) is het onderdeel van het ministerie van gezondheid dat verantwoordelijk is voor beheer van de volksverzekering voor ouderen (Medicaid). In het midden van de jaren zeventig ontdekte de HCFA dat er aanzienlijke verschillen bestonden in medische behandeling tussen het ene ziekenhuis en het andere. Met een vergelijkbare populatie aan patiënten kwamen sommige operaties vijf tot tien keer zoveel voor in bepaalde instellingen als in andere. Daar was geen redelijke verklaring voor te vinden en het duidde op grote overproductie dan wel onderbehandeling. Er valt immers niet goed uit te leggen waarom zwangerschappen in het ene ziekenhuis bij ongeveer tien procent van de patiënten uitmonden in een keizersnede, maar in een ander ziekenhuis bij wel 25 procent.

HCFA besloot om nader onderzoek te doen. Dat onderzoek leverde in eerste instantie niet zoveel op. De artsen voelden zich aangevallen en de ambtenaren van HCFA waren gefrustreerd omdat zij geen greep konden krijgen op het medisch bedrijf. HCFA concludeerde dat er onvoldoende informatie beschikbaar was om uitspraken te kunnen doen over de doelmatigheid en effectiviteit van het medisch handelen. De tweede fase van onderzoek kreeg daarom een geheel ander karakter en leidde tot een snelle groei van *medical technology assessment* en de ontwikkeling van richtlijnen en behandelprotocollen. Dergelijke richtlijnen bieden houvast voor de behandelaar, maar ook voor de beoordelaar.

Vernieuwingen

De researchafdeling van het Amerikaanse ministerie voor gezondheidszorg, de Agency for Health Care Research and Quality (AHCRO) werkt samen met het Institute of Medicine (IOM) en andere organisaties zoals de RAND Corporation in Californië⁴. In de afgelopen twee decennia hebben zij, samen met artsen, duizenden richtlijnen ontwikkeld. Het valt echter niet mee om de bestaande medische praktijk te veranderen en om artsen die soms tientallen jaren lang bepaalde behandelmethoden hebben gevolgd, ervan te overtuigen dat wetenschappelijk inzicht inmiddels een andere praktijk voorstaat⁵.

Verder zijn er nieuwe belanghebbenden in de arena verschenen. Niet alleen de HCFA, als belangrijkste financier van Medicaid, maar ook particuliere verzekeraars, veelal aangeduid onder de verzamelnaam *Health Maintenance Organizations* (hmo's) zien in de richtlijnen een controlemiddel. Immers, de kans is groot dat artsen die zich niet houden aan dergelijke aanwijzingen, teveel of onjuiste medische

handelingen verrichten. De afgelopen jaren klagen artsen dat de HMO's steeds meer over de schouder meekijken en steeds striktere beperkingen opleggen. Ook patiënten zien hun keuzevrijheid steeds meer beknot. Het toenemend verzet kreeg het etiket van *hmo backlash* ⁶. De HMO's voeren als argument dat de door de medische stand zelf ontwikkelde richtlijnen wel de meeste effectieve en doelmatige methode moeten opleveren. Artsen moeten met een goed argument komen willen de HMO andere of meer behandeling vergoeden. De richtlijnen hebben dus een deel van de besluitvorming verlegd van binnen naar buiten de medische beroepsgroep.

Europa

Ook in Nederland en andere landen in Europa is deze ontwikkeling te zien. Langzamerhand zijn overheid, medische stand en andere belanghebbenden overtuigd geraakt van het nut van richtlijnen en protocollen. Het *Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg* (CBO) en het *instituut voor Medical Technology Assessment* (iMTA) van de Erasmus Universiteit Rotterdam zijn op dit terrein toonaangevende instellingen ⁷. In Nederland valt de toepassing vooral te zien op het terrein van de huisartsgeneeskunde. In regionale groepen komen huisartsen bijeen om (nieuwe) behandelmethoden te bespreken. Indien zij tot overeenstemming komen, kan dat een nieuwe richtlijn opleveren. Het interessante aan deze methode is dat het gaat om consensus op lokaal niveau. Dat heeft als voordeel dat de artsen die hebben meegewerkt aan het opstellen van nieuwe regels, meer geneigd zijn zich eraan te houden. De nadelen zijn dat er geen garantie is voor voldoende wetenschappelijke en gestandaardiseerde onderbouwing en dat er (aanzienlijke) regionale verschillen kunnen ontstaan.

Protocollen en richtlijnen

Het andere uiterste zijn de richtlijnen en protocollen die zijn ontwikkeld door onafhankelijke onderzoeksinstituten. Hier is het wetenschappelijk gehalte hoger, maar de kans op toepassing in de praktijk lager. De onderzoekers van RAND hebben een tussenvorm bedacht: zij leggen een ontwerp-protocol voor aan een groep artsen met het verzoek deze als uitgangspunt te nemen voor de eigen discussie. In de praktijk blijkt dat het overgrote deel van de groepen het concept vrijwel ongewijzigd overneemt. Omdat zij er zelf bij betrokken zijn, blijken ze toch tevreden te zijn met het resultaat.

Internationale afstemming

Een derde probleem is tenslotte het ontbreken van een mechanisme voor internationale vergelijking van richtlijnen en protocollen opgesteld binnen nationale of soms regionale grenzen. De *Cochrane Collaboration*, opgezet vanuit de Britse universiteit van York, heeft als doel de nationale resultaten op elkaar af te stemmen. Dit centrum heeft weliswaar wetenschappelijk aanzien, maar onvoldoende macht om tot werkelijk internationale afspraken te komen. Dat betekent dat er nog steeds naast elkaar de Franse, Engelse, Nederlandse en Amerikaanse protocollen bestaan voor het behandelen van een acute blindedarm of andere operatie. Het is niet goed voor te stellen dat er belangrijke fysieke verschillen tussen Franse, Engelse, Nederlandse of Amerikaanse patiënten bestaan. Klein, Day en Miller keken naar de toepassing van richtlijnen in Engeland, Schotland en de Verenigde Staten. Zij vonden interessante verschillen ⁸. Zo passen Schotse en (sommige) Amerikaanse artsen de regels veel systematischer toe dan de Engelse.

De onderzoekers concluderen dat er twee belangrijke oorzaken zijn voor dit verschil. In Schotland bestaan slechts drie universitaire ziekenhuizen: Aberdeen, Glasgow en Edinburgh. Het aantal specialisten is dus relatief klein. Zij kennen elkaar veelal persoonlijk. Dat betekent dat er ook veel sociale en professionele controle bestaat op elkaars werk. In de VS is eerder sprake van financiële prikkels, omdat de HMO's domweg weigeren om kosten te vergoeden van een behandeling die duidelijk buiten de richtlijnen valt. Er bestaat toenemende aandacht voor de noodzaak tot internationale afstemming en samenwerking op dit terrein, maar de verschillende auteurs concluderen dat wens en werkelijkheid nogal uiteenlopen ⁹.

Winnaars en verliezers

De bovenstaande beknopte schets van de ontwikkeling van *medical technology assessment* en richtlijnen en protocollen valt te herschrijven als een verzameling van positieve en negatieve prikkels tot gedragsverandering: als wortels en stokken. Vrijwel elke verandering brengt winnaars en verliezers. Het verbeteren van de transparantie betekent ook dat anderen naar binnen kunnen kijken. Artsen voelen dat veelal als verlies van hun professionele autonomie. Bovendien kan het terugdringen van overbodige handelingen leiden tot een daling van inkomen wanneer de betaling is gebaseerd op het aantal handelingen. Het hanteren van een richtlijn, bijvoorbeeld het gemiddeld aantal ligdagen na een operatie, geeft de behandelaar of de patiënt weinig ruimte om op niet-medische gronden even langer in het ziekenhuis te verblijven. Dergelijke voorbeelden illustreren dat het toepassen van richtlijnen en protocollen geen neutrale zaak is: het kan leiden tot verschuivingen in inkomen en zeggenschap.

Een vergelijkbare ontwikkeling bestaat bij ziekenhuizen en andere instellingen in de zorg. Enkele jaren geleden deed de term *benchmarken*, oftewel maatstafvergelijking, opgeld als deel van de bredere term *medical technology assessment*. Dat 'benchmarken' houdt in het zoeken naar maatstaven voor het beoordelen van resultaten. Die maatstaven bieden houvast voor het vergelijken van de uitkomsten van een instelling met het gemiddelde (of een andere norm) van de groep. Wanneer bijvoorbeeld het ziekteverzuim of personeelverloop van een instelling veel hoger ligt dan elders, kan dat aanleiding zijn tot een kritisch doorlichten van het personeelsbeleid of de arbeidsomstandigheden. Maar een volgende stap ligt extern: niet alleen een instelling zelf, maar ook de geldgever heeft interesse in de prestaties. Deze kan grote verschillen in resultaten aangrijpen als argument voor herschikking van middelen. Daarmee heeft het 'wortelkarakter' van benchmarken ook een 'stokkarakter' gekregen. De aard van het middel hangt dus ook af van wie het hanteert.

In de discussies over richtlijnen, benchmarken en vergelijkbare pogingen tot objectiveren van (bedrijfs-) resultaten bestaat opmerkelijk weinig aandacht voor de ingebouwde wortels en stokken in het *bestaande* systeem. Toch ligt voor de hand om daar mee te beginnen alvorens allerlei nieuwe prikkels in te voeren. Alleen al de opeenstapeling van maatregelen en regels kan ontmoedigend werken. Dat blijkt wel uit het toenemend verzet in de onderwijswereld tegen de eindeloze stroom aanwijzingen van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OC&W) en uit de eerste berichten van de staatscommissie die is ingesteld om de administratieve lasten in de zorgsector te verminderen. Bovendien kunnen de combinaties van middelen onverwachte en ongewenste bijwerkingen met zich mee brengen.

Voorbeelden

Er bestaat geen inventarisatie van alle wortels en stokken in de huidige gezondheidszorg. Maar er zijn wel interessante voorbeelden, die overigens niet uniek zijn voor Nederland. Uit de internationale groentehandel valt hier nog wel wat te leren.

Laten we beginnen met enkele voorbeelden van regels die invloed hebben op het gedrag van de individuele beroepsbeoefenaren. De bekendste wortel is de betaling per verrichting. Hoe vaker de patiënt bij de dokter komt en hoe meer handelingen deze verricht, des te hoger diens inkomen. Dat geldt net zo voor

tandartsen of fysiotherapeuten en in feite voor alle gespecialiseerde beroepsgroepen die een zeker kennisvoorsprong over de patiënt hebben en dus bepalen welke en hoeveel behandelingen nodig zijn. Omgekeerd vormt de betaling voor ziekenfondspatiënten op grond van een jaarlijks bedrag (het 'abonnement') een financiële aansporing om zoveel mogelijk patiënten te behandelen in zo weinig mogelijk tijd. Een andere wortel vormen de toeslagen voor bijzondere verrichtingen zoals de griep prik. Voor de individuele huisarts zijn de marginale kosten laag en de marginale opbrengsten hoog. Misschien is dat ook wel zo voor de samenleving als geheel: de (hoge) uitgaven voor een landelijk programma voor griepinjecties vallen in het niet bij de besparingen door het voorkomen van een griep epidemie bij ouderen.

Er bestaan andere voorbeelden. Het toekennen van extra geld voor wachtlijsten kan een indirecte aansporing betekenen om in ieder geval niet sneller te werken dan een andere instelling. Vrijwel alle vormen van budgettering, variërend van individuele persoonsgebonden budgetten (pgb's) tot die van ziekenhuizen en instellingen vormen een uitnodiging tot het afwentelen van de kosten naar een ander budget. De afzonderlijke financiering van kapitaallasten betekent dat de (politieke en financiële) kosten van het sluiten van een instelling voor rekening komt van de overheid, niet van de verzekeraar of de instelling zelf. Ook het overstappen van het vergoeden van kosten naar vormen van gestandaardiseerde betaling per ziektegeval, bijvoorbeeld in de vorm van *diagnose-behandelgroepen* en vaste productprijzen, kunnen strategisch gedrag uitlokken. Op zich is dat niet strafbaar, maar veelal wel ongewenst.

Bovengenoemde verzameling van wortels en stokken maken al op het eerste gezicht duidelijk dat een wortel voor de één, een stok voor een ander kan inhouden. Bij het ontwerpen van beleid is dus goed inzicht nodig in gewenste en ongewenste neveneffecten. Waar zijn de gedragsveranderingen op gericht; welke ervaring uit het verleden (of uit andere sectoren, of uit andere landen) geeft voldoende reden om te veronderstellen dat die veranderingen werkelijk plaatsvinden - en wel in de gewenste richting. Wie zijn de ezels en de vliegen, de winnaars en verliezers? Voor wie bieden de voorgestelde maatregelen aantrekkelijke mogelijkheden tot het afwentelen van kosten? Is het 'fijn voor tante' als eindgebruiker? Ten slotte: welke mate van gedragsverwachting valt redelijkerwijs te verwachten?

Zie voor een reactie, S.J.G. van Wijnbergen, [Niet sleutelen, maar implementeren](#), *ESB-Dossier*, Zorgvuldig vernieuwen, 14 juni 2001, blz. D29

Dossier Zorgvuldig vernieuwen

Voorwoord

E. Borst-Eilers, ten geleide: [Zorgvuldig vernieuwen](#)

Inleiding

P.A. van Lieshout: [Stelselmatig herzien](#)

E.H.J. Bassant, reactie: [Het gaat toch echt om meer markt](#)

Het pakket: wie krijgt welke zorg?

W.B.F. Brouwer en F.T. Schut, kader: [Ethische dilemma's in het nieuwe zorgstelsel](#)

A. Boer: [Wie krijgt welke zorg?](#)

W.A. Roobol, reactie: [De klant centraal](#)

J.F. Bolweg, kader: [Niet kunnen kiezen heeft ook zo zijn voordelen!](#)

De financiering: wie betaalt?

P.P.T. Jeurissen en T.E.D. van der Grinten: [Zorg-for-profit onderzocht](#)

F.T. Schut: [Grote sprong voorwaarts](#)

C.A. de Kam: [Zorgen om het zorgbudget](#)

A.H.J. Kolnaar, reactie: [Een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen](#)

De sturing: wie bepaalt?

R.C.M.H. Douven, E.S. Mot en E.W.M.T. Westerhout: [Gereguleerde concurrentie, te mooi om waar te zijn?](#)

K.G.H. Okma: [Over wortels en stokken](#)

S.J.G. van Wijnbergen, reactie: [Niet sleutelen, maar implementeren](#)

A.W. Kist en H.E. Akyürek-Kievits, kader: [De rol van de nma in de gezondheidszorg](#)

Epiloog

S.G. van der Lecq, epiloog: [Zorgen in de toekomst](#)

1 VWS, *Medical technology assessment and efficiency in health care*, Ministerie VWS, Den Haag, 1996.

2 M.J. Field en K.N. Lohr (red.), Institute of Medicine, *Guidelines for clinical practice - from development to use*, National academy press, Washington DC, 1992; R.N. Battista en M.J. Hodge, The development of health care technology assessment, *International journal of technology assessment in health care*, jrg. 11(2), 1995, blz. 287-300; R.N. Battista en G. Tombs, International growth of health technology assessment, *Eurohealth*,

3 J.E. Wennberg, Outcomes research, cost containment and the fear of health care rationing, *The new England journal of medicine*, jrg. 323(17), 1990, blz. 1202-04.

4 J. Kahan, Health care assessment studies: a rethink, *Eurohealth*, jrg. 2(4), december 1996, blz. 15-17; M.J. Field en K.N. Lohr (red.), Institute of Medicine, *Guidelines for clinical practice - from development to use*, National academy press, Washington DC, 1992.

5 J. Kahan, op. cit.; Raad voor Gezondheidszonderzoek (RGO), *Advies Medical technology assessment (2 delen)*, RGO, Den Haag, 1999.

6 The HMO backlash: righteous or reactionary?, *The new England journal of medicine*, jrg. 335(21), november 1996; C. Gorman, Managed Care 1998: Playing the HMO game, *Time*, juli 1998, blz. 22-32.

7 F. Rutten en M. Drummond, *Making decisions about health technology - a cost-effectiveness perspective*, The University of York / Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994; Ministerie VWS, op.cit.; Raad voor Gezondheidszonderzoek (RGO), op.cit..

8 P. Day, R. Klein en F. Miller, *Hurdles and levers - a comparative US-UK study of guidelines*, The Nuffield Fund, London, 1998.

9 Raad voor Gezondheidszonderzoek (RGO), op.cit.; F. Sassi, Health technology assessment, *Eurohealth*, jrg. 2(4), december 1996, blz. 9-13.